UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES MALINS DE LA RÉGION CAROTIDIENNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 décembre 1937

PAR

Arsène-Parfait RANOUX

Élève du Service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux

Né à CONSTANTINOPLE (Turquie), le 4 février 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES MALINS DE LA RÉGION CAROTIDIENNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 décembre 1937

PAR

Arsène-Parfait RANOUX

Élève du Service de Santé de la Marine

Externe des Hôpitaux

Né à CONSTANTINOPLE (Turquie), le 4 février 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie		Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE — A MA MERE

A MON FRERE — A MA BELLE-SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur Jean VILLAR

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous le remercions vivement de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et aidé de ses précieux conseils.

A Monsieur le Professeur CREYX

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le grand honneur de s'intéresser à notre travail.

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FÉRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef BIDEAU

Professeur à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Professeur agrégé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

En remerciement de l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de notre thèse.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous lui sommes reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et de l'enseignement précieux, dont nous avons eu le privilège de bénéficier, en notre qualité d'externe dans son Service de Clinique chirurgicale.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES MALINS

DE LA RÉGION CAROTIDIENNE

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Depuis fort longtemps des tumeurs plus ou moins fibreuses, occupant la région carotidienne, ou, d'une façon plus générale, les régions latérales du cou, ont été étudiées. Les premières, observées à une époque où l'examen histologique n'était pas encore pratiqué, étaient le plus souvent étiquetées : fibromes du cou.

Le cas d'Athinson, publié en 1813 (*Med. and Phys. Journ.*, London, 1813, XXX, p. 353), est certainement un des plus anciens dont on puisse retrouver trace. En 1842, nous trouvons deux nouvelles observations : l'une de Brodie, l'autre de Blandin; puis ce sont celles de Kerr (1844), de Lebert (1845), de Croocke (1854), de Maisonneuve (1854), de Browne (1857), de Patridge (1859), et de Middlemist (1862).

Les observations publiées deviennent nombreuses, mais les travaux les plus importants de la fin du siècle dernier sont celui du Professeur Guyon, sur les fibromes aponévrotiques intrapariétaux (1877), et celui de de Quervain, *Ueber die Fibrome des Halses* (1899). Ce dernier auteur rassemble

les diverses observations de fibromes du cou éparses dans les littératures française, allemande et anglaise et en dresse un tableau d'ensemble. La thèse de Mousnier (Paris, 1906), sur les fibro-sarcomes extra-pharyngiens du cou, en réunit 33 cas.

Mais nous n'avons pas l'intention de multiplier ici les observations de fibromes du cou. Notre travail, entrepris au sujet d'une malade opérée par M. le Docteur Jean Villar, dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot, concerne une tumeur rare qui a donné lieu à de grosses difficultés de diagnostic. Il s'agissait d'un « fibrome malin », ou mieux d'un « conjonctivome malin » développé dans la région carotidienne, au contact du paquet vasculo-nerveux du cou. Et cette tumeur, formée de tissus multiples, tous d'origine conjonctive, présente une analogie frappante avec celles qui, jusqu'à présent, ont été étudiées presque exclusivement au niveau des membres sous la dénomination de « conjonctivomes des gaines vasculaires ».

C'est Tixier, de Lyon, qui a donné ce nom à cette maladie; mais la connaissance en remonte à Langenbeck (1860). Verneuil et Demarquay (1869), Kirmisson et Carl Regnault (1887), en ont poursuivi l'étude. Mais il faut citer surtout l'excellente thèse de Pollosson (Lyon, 1925) et le travail de Fruchaud (1931). A Bordeaux, MM. Parcelier et Chenut rapportent deux cas de conjonctivomes de la cuisse (1931). Et l'an dernier, dans une de ses cliniques chirurgicales de l'Hôpital Saint-André, notre maître, M. le Professeur J. Guyot, exposait la question des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux; cette clinique était suivie de la thèse d'un de ses élèves, le Docteur Jouandon (1936).

Mais en ce qui concerne le conjonctivome de la gaine des vaisseaux carotidiens, M. le Professeur G. Jeanneney est le seul à en parler (Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 28 avril 1932), tout en faisant quelques réserves sur la nature de la tumeur qu'il décrit.

Signalons enfin, pour terminer cet exposé volontairement

succinct, les études toutes récentes d'un type de tumeur non encore identifié : l'angio-endothéliome des gaines vasculaires, tumeur extrêmement maligne, étudiée par Lenormant, Moulonguet, d'Allaines et Ménégaux (avril 1937) et, à Bordeaux, par M. le Professeur Sabrazès (juillet 1937).

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(Service de Clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot.)

Mlle C... (Marie-Louise), âgée de 26 ans, vendeuse, entre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 22 octobre 1936 (transéatée du service de M. le Professeur Dupérié), pour une tumeur du cou.

Histoire de la maladie. — En mars 1936, la malade découvre par hasard une tumeur située dans la région carotidienne droite, derrière l'angle de la mâchoire, du volume d'une noix : tumeur indolore, ne s'accompagnant d'aucune gêne fonctionnelle, sans réaction générale. Cette tumeur grossit progressivement, toujours indolente, sans altérer l'état général.

Hospitalisée chez M. Dupérié pendant un mois (sept.-oct. 1936), elle y subit un traitement antisyphilitique qui n'a aucune action sur la tumeur.

Antécédents personnels. — Coqueluche dans l'enfance. Rhumatisme articulaire aigu de septembre 1935 à janvier 1936, avec atteinte des principales articulations.

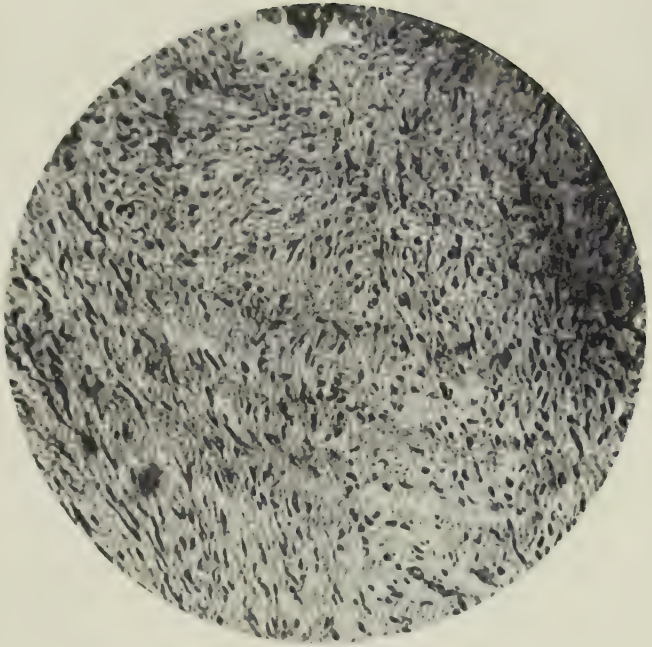
Antécédents héréditaires. — Le père est vivant et bien portant; la mère serait morte d'un cancer du foie.

Antécédents collatéraux. — La malade est fille unique.

Examen (25 octobre 1936). — La malade ne semble pas affectée dans son état général par la très volumineuse tumeur qui déforme la partie toute supérieure de son cou à droite : pas d'amaigrissement, pas de fièvre, aucune douleur.

A l'inspection, la tumeur, régulièrement arrondie, sans aucune

Photographie de la malade de l'obs. I.
(Collection de M. le Professeur J. Guyot.)



Obs. I — *Fibrome. La partie inférieure montre des phénomènes de plasmolyse. Faible grossissement*
(Préparation du Laboratoire de M. le Professeur Sabrazès.)

modification de la coloration de la peau, sans circulation veineuse sous-cutanée, siège en pleine région carotidienne.

En haut, elle atteint l'angle de la mâchoire et le lobule de l'oreille. Cependant le creux parotidien est conservé.

En bas, elle se limite à trois travers de doigt de la clavicule.

En avant, elle s'arrête à la région sous-maxillaire en haut, à la gouttière carotidienne en bas.

Enfin, en arrière, elle atteint les insertions du sterno-cléido-mastoïdien, puis du trapèze sur l'occipital et reste éloignée d'un travers de doigt de la ligne médiane postérieure de la nuque.

A la palpation, il s'agit d'une tumeur ferme, élastique, de consistance partout régulière, rappelant tout à fait celle d'un fibrome utérin. Aucune bosselure, aucun point ramolli. Les limites de la tumeur sont nettes en avant et en haut, plus diffuses au niveau des insertions postérieures et de la région sus-claviculaire. Il existe une mobilité extrêmement limitée, appréciable seulement dans le sens transversal. Aucune douleur dans cet essai de mobilisation de la tumeur. Le sterno-cléido-mastoïdien disparaît dans la tumeur, dont il fait intégralement partie, et sa tension donne un peu à la malade l'aspect du torticolis chronique. La peau est libre sur toute sa surface. Les dépressions carotidienne, sous-maxillaire et parotidienne sont conservées.

Profondément, les régions carotidienne et sus-claviculaire hautes sont envahies.

Aucun battement n'est perceptible au niveau de la tumeur, aucune expansion. L'auscultation est négative. La temporale superficielle bat normalement du côté droit comme du côté gauche.

Il n'y a aucun œdème, aucune cyanose de la face, aucun retentissement sur l'appareil oculaire droit.

L'exploration des régions avoisinantes est négative. Il n'existe aucune masse ganglionnaire autour de la tumeur. La cavité buccale est normale. Le toucher combiné, avec une main cervicale et un doigt dans la bouche, ne donne aucun renseignement sur l'existence possible d'un prolongement pharyngé.

Examen général. — L'examen général a été soigneusement pra-

tiqué, ainsi que les examens de laboratoires, qui ont donné les résultats suivants :

Analyse d'urines (albumine, glucose, acétone) : néant.

Analyse du sang :

Urée, 0 g. 25;
Glucose, 0 g. 94;
B.-W., + + + + ;
Hématies, 4.460.000;
Leucocytes, 9.000;
Hémoglobine, 85 %.
Formule hémoleucocytaire, sensiblement normale.
Examen du liquide de ponction : éléments du sang.

L'examen de l'appareil spléno-ganglionnaire est négatif; il en est de même de l'examen clinique des divers autres appareils.

Dans ces conditions, on est amené à discuter le *diagnostic* de cette tumeur et on hésite entre les trois hypothèses suivantes : — *fibrome du cou* à point de départ soit dans le sterno-cléido-mastoïdien, soit dans l'aponévrose cervicale superficielle; — ou bien *schwannome;* — ou bien, enfin, tumeur plus rare, *sympathome du cou.*

De toute façon, la tumeur grossit régulièrement. Elle déforme considérablement le cou de la malade. Elle laisse, du fait de sa diffusion légère en certains points, et de l'envahissement profond, une arrière-pensée de malignité, et on se décide à intervenir.

Intervention le 4 décembre 1936 (opérateur : Dr Jean Villar, assistant du Service, aidé du Dr Courriades, chef de clinique, en présence du Professeur Guyot). — Anesthésie parfaite au rectanol, complétée par quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Incision de Morestin, la branche verticale au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, la branche antérieure perpendiculaire à la première vers la région carotido-sous-maxillaire. Décollement des trois lambeaux cutanés, qui sont sains et très richement vascularisés. Isolement prudent, car les fibres musculai-

res sont très étalées et adhérentes, du bord antérieur et du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Section transversale du muscle bien au-dessous du pôle inférieur de la tumeur. Recherche et dissection de la veine jugulaire interne; celle-ci est saine, clivable, mais aplatie et refoulée en dedans par la tumeur qui la comprime. On dissèque alors progressivement l'énorme masse, qui plonge profondément vers la région prévertébrale, mais en arrière des vaisseaux carotidiens.

On arrive ainsi péniblement, car il existe de nombreux vaisseaux, à isoler tout le bord antérieur de la tumeur en disséquant progressivement d'avant en arrière et de bas en haut. Carotide et jugulaire interne sont alors libérées jusqu'au pôle inférieur de la parotide, qui n'est pas envahie par la tumeur, grâce au plan de clivage qui existe entre sa face profonde et la jugulaire interne. Après avoir lié l'artère occipitale, on dégage le pôle supérieur en incisant au ras de la mastoïde et de l'occipital les insertions supérieures du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. On attaque alors la partie postérieure de la tumeur, et on peut, en supprimant le bord antérieur du trapèze, libérer complètement la masse néoplasique.

On constate qu'il existe un dernier pédicule d'envahissement tumoral, plongeant vers la région prévertébrale, dans un espace inter-transversaire, semble-t-il. La section avasculaire de ce pédicule permet l'ablation totale de la tumeur.

Hémostase parfaite. Drain dans la région carotidienne. Petite mèche iodoformée dans la zone de décollement. Suture des lambeaux aux crins.

Suites opératoires. — Les suites ont été très simples; aucun shock opératoire. Apyrexie complète les jours qui suivent l'intervention. Lever précoce le deuxième jour. Guérison *per primam* à l'ablation des points le douzième jour. Exéat, parfaitement guérie, le 29 décembre 1936.

La malade a été revue en novembre 1937. Elle est en parfaite santé : aucune récidive locale. Il persiste cependant un léger degré de paralysie du facial inférieur.

Etude anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

a) *Etude macroscopique.* — La tumeur est grossièrement sphérique, un peu allongée dans le sens vertical; elle atteint le volume d'un petit melon. Sa consistance est ferme, un peu élastique; sa coloration gris jaunâtre. Elle présente une capsule, mais celle-ci manque par places, en particulier en dehors, où la tumeur adhérait étroitement au sterno-cléido-mastoïdien.

b) *Etude microscopique :*

I. Un premier examen est pratiqué par M. le Docteur Nadal :

« La tumeur est constituée par une prolifération fibreuse d'une assez grande densité. Le tissu est extrêmement riche en cellules fusiformes et étoilées. La substance intercellulaire est finement fibrillaire, parfois quelque peu myxoïde. On y trouve de nombreuses extravasations sanguines.

» Dans un très grand nombre de points de la tumeur, on trouve incluses des fibres musculaires striées, à divers degrés d'atrophie, plongées dans la gangue fibreuse de la tumeur. Cette disposition semble indiquer que le néoplasme est formé aux dépens du tissu interstitiel de la charpente du muscle.

» L'encapsulement est loin d'être absolu. En certains points, on voit la tumeur s'étendre vers le muscle voisin encore intact et pousser de fins prolongements dans les interstices des fibres.

» Une telle tumeur, qui ne paraît pas avoir tendance à la généralisation, peut cependant faire craindre une repullulation locale.

» Il s'agirait donc là d'*un fibrome intestitiel de la charpente musculaire, avec une certaine tendance à l'extension locale et à la dissociation des tissus voisins.* »

II. M. le Professeur de Grailly a bien voulu examiner plusieurs fragments de la tumeur. Il nous a montré que, à côté du tissu fibreux qui domine, *certaines zones ont un aspect de schwannome.*

III. Neuf fragments prélevés dans les différentes régions de la tumeur ont été examinés avec nous par M. le Professeur Sabrazès,

après coloration pour chaque fragment par : hématine-éosine-safran, muci-carmin, trichrome Masson, hématoxyline au fer Van Gieson, May-Giemsa, orcéine de Unna et fuschéline de Weigert :

« Il y a, dans les productions enlevées, des parties actives et des parties nécrotiques. On y trouve aussi des petits ganglions lymphatiques anciens en voie de sclérose.

» Dans les parties actives, il s'agit d'un tissu conjonctivo-adipeux. La collagénèse y est très marquée sous la forme d'un tissu conjonctif fibrillaire. Il est des points où les cellules du type fibrocytaire sont plus nombreuses, plus tassées.

» Parmi les territoires lipomateux, il en est qui sont constitués par des cellules plus étalées et du type écumeux, c'est-à-dire surchargées de granulations graisseuses ou lipoïdiques.

» Les colorations trichromiques révèlent de grosses travées de collagène (en bleu) et ausi du collagène jeune (en rouge). Le précollagène domine; il est distribué en faisceaux. Ces caractères du précollagène sont assez particuliers à cette tumeur et plaident en faveur de la malignité.

» Les colorations à la fuschéline (de Weigert) et à l'orcéine (de Unna) montrent qu'il y a peu de fibres élastiques. La coloration à l'orcéine a donné cependant d'assez bons résultats : les fibres élastiques sont bien colorées autour des vaisseaux. Dans le corps même de la tumeur, il n'y a que quelques linéaments élastiques au milieu des travées du tissu conjonctif.

» La vascularisation est assez abondante. Elle se présente sous l'aspect de capillaires, veinules, artérioles, allongés suivant la direction des fibres, qui sont soit parallèles, soit onduleuses.

» Tous les ganglions de la tumeur ne sont pas scléreux : il en est qui se révèlent plus actifs; ils sont un peu bosselés. Mais on n'y trouve pas de signes de réaction lymphocytomateuse, lymphogranulomateuse.

» Le tissu musculaire de la région est en divers points dissocié par les éléments de cette production. Ce morcellement est tel qu'on trouve, sertis dans le tissu fibreux, beaucoup de plasmodes de cette origine. Dans les préparations trichromiques, le tissu mus-

culaire tranche nettement en rouge vif, et on peut ainsi définir nettement les tronçons des fibres musculaires dégradées.

» La tumeur réalise un état un peu analogue, par sa capacité de dissociation des divers éléments (tissu musculaire, ganglions, etc.) de la région latérale du cou, à ce que produit l'adénolipomatose de ces régions. On retiendra ce fait du caractère plus malin dans le cas particulier : les muscles dissociés sont non seulement morcelés, mais transformés en divers points en des formations plasmodiales.

» Il ne semble pas y avoir un appoint de participation du syncitium de Schwann dans cette tumeur. On ne trouve pas d'éléments thyroïdiens; pas de foyer de nature épithéliale, comme dans les branchiomes. Pas de coefficient myxomateux, pas de foyer d'ossification, ni même de calcification.

Il s'agit d'une *tumeur complexe d'origine mésodermique* (tissu conjonctif, tissu adipeux, tissu adipeux jeune, tissu xanthomatoïde), que nous qualifierons de *conjonctivome malin*, douée d'une sorte de *malignité locale*. »

Observation II (Résumée).

(Bérard et Colson, *Lyon chirurgical*, t. 32, janv.-févr. 1935, p. 113 et 193.)

Volumineux fibrome de la région cervicale.

Femme âgée de 41 ans, a remarqué il y a deux ans une petite masse dure sur le côté gauche du cou. Actuellement la tumeur atteint le volume d'une tête d'enfant. Elle siège dans la région carotidienne sous le sterno-cléido-mastoïdien, qu'elle déborde légèrement en dehors, dans le creux sus-claviculaire. En dedans, elle repousse fortement la trachée. Elle est fixée aux plans profonds. Circulation veineuse collatérale assez marquée. Pas d'autre signe de compression, si ce n'est quelques lancées douloureuses dans l'épaule gauche. Trois biopsies successives montrent qu'il s'agit

d'un « fibrome ». L'état général est bien conservé, mais l'accroissement de la tumeur est rapide.

Intervention. — Extirpation de la tumeur par morcellement. Le paquet vasculo-nerveux du cou était refoulé en dedans et tendu en arc sur son bord droit. On doit le disséquer sur presque toute la hauteur du cou. Un pédicule profond fixe la tumeur au niveau des apophyses cervicales transverses. Quelques éléments du plexus cervical ont dû être sacrifiés au cours de l'intervention.

Examen de la tumeur. — Aspect macroscopique de fibrome adulte, avec un tissu gris rosé, lardacé, un peu plus mou par places, mais sans zone myxoïde ni kystique. Sauf au niveau du pédicule vertébral, il n'y avait pas d'infiltration de la tumeur dans les muscles.

Observation III (Résumée).

(M. G. Jeanneney, *Soc. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 28 avril 1932; in *Bull. et mém.*, p. 103-111.)

Fibro-lipome du cou de 6 kilogrammes.

Femme âgée de 45 ans, a eu, il y a un an et demi, une crise de rhumatismes articulaires aigus avec légère endocardite.

A l'âge de 17 ans, la malade présente, au niveau de la partie droite de la région sus-hyoïdienne, une tumeur du volume d'une orange, qui est extirpée par le Professeur Princeteau. Les années suivantes, elle présente trois récidives et subit trois interventions successives à 28, 32 et 36 ans.

La tumeur actuelle, qui constitue une quatrième récidive, est apparue à l'âge de 39 ans. C'est maintenant une énorme masse bosselée et multilobée, appendue à la région cervicale antérieure, mais se prolongeant en dehors sous les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens droit et gauche. L'état général de la malade est médiocre.

On pratique l'extirpation de la tumeur. Sa dissection montre que, du côté droit, elle pénètre dans la gaine des vaisseaux carotidiens et la suit en bas jusqu'à la clavicule.

La masse enlevée pèse 6 kilos; elle est d'aspect lipomateux, mais présente une zone d'aspect colloïde, myxomateux. Elle est encapsulée, mais en deux points la capsule est en partie déchirée. Deux lobes tumoraux, en bas et à droite, ont un aspect gélatineux et sont mal limités.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lipome pur, mais il n'a pu porter que sur une faible partie de la tumeur.

Les suites sont excellentes.

« La question se pose de savoir si on a réellement affaire à un lipome pur ou à un conjonctivome à prédominance de tissu graisseux, développé aux dépens de la gaine des vaisseaux carotidiens... Les récidives répétées, l'adhérence avec la gaine carotidienne, les zones gélatineuses, la limite par place indécise, plaident en faveur d'un conjonctivome de la gaine des vaisseaux carotidiens. Notre cas serait le premier conjonctivome carotidien étudié. » (G. Jeanneney.)

Observation IV (Résumée).

(Hoffmeister, *Zentralblatt für Chirurgie*, t. 62, n° 32, 10 août 1935, et *Journal de chirurgie*, t. 47, 2 févr. 1936, p. 280.)

Femme âgée de 70 ans, présente depuis dix ans une tumeur du côté droit du cou qui a progressivement augmenté de volume jusqu'à atteindre celui d'une tête d'adulte. Depuis quelques semaines, on note l'apparition de douleurs vives, de troubles de la respiration et de la déglutition et de signes inflammatoires. La tumeur est un peu mobile sur les plans profonds. A son niveau, la peau est œdématiée, violacée, avec des veines dilatées. La consistance de la tumeur est élastique et tendue.

A l'opération, la tumeur présente, en arrière, des adhérences avec les gros vaisseaux qui en rendent la dissection assez péni-

ble. La ponction évacue deux litres de liquide séro-purulent, après quoi la poche peut être extirpée complètement, en sacrifiant le sterno-cléido-mastoïdien qui fait corps avec elle. Guérison.

L'examen microscopique de la poche kystique montre dans sa couche interne un tissu de granulation riche en vaisseaux et tapissé de fibrine; plus en dehors, ce tissu devient de plus en plus riche en éléments fibreux et finit par se continuer avec les cloisons épaissies du sterno-mastoïdien.

La tumeur est donc, pour Hoffmeister, un fibrome d'origine musculaire en dégénérescence kystique.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

Définition.

Les tumeurs que nous nous proposons d'étudier au niveau de la région carotidienne rentrent dans le cadre de celles que Pollosson englobait sous le terme général de *conjonctivomes*, c'est-à-dire « tumeurs développées aux dépens des tissus de substance conjonctive, et plus particulièrement tumeurs du tissu conjonctif proprement dit, du tissu conjonctif commun ».

Mais parmi ces tumeurs d'origine conjonctive, nous aurons plus spécialement en vue un type particulier caractérisé : d'une part, par une structure complexe comportant plusieurs tissus, tous d'origine conjonctive, mais avec prédominance nette du tissu fibreux adulte, et, d'autre part, par des caractères certains de malignité. Ce sont de telles tumeurs que l'on désigne parfois sous le terme de *fibromes malins*.

Disons tout de suite que cette dernière dénomination nous paraît défectueuse. Le terme de fibrome, en effet, semble impliquer par lui-même une idée de bénignité; et par ailleurs il s'applique plus logiquement à des tumeurs formées d'un tissu unique : le tissu conjonctif différencié sous sa forme fibreuse adulte. Il vaudrait mieux dire : conjonctivome malin à prédominance de tissu fibreux.

Nous conserverons toutefois le terme de fibrome malin parce qu'il est plus commode et qu'il a déjà été employé avant nous.

Généralités sur les tumeurs conjonctives.

Le tissu conjonctif, d'origine unique, se transforme par métaplasie et peut ainsi revêtir les aspects les plus divers. A l'état physiologique, ses métamorphoses lui permettent de s'adapter à ses différentes fonctions. Mais le tissu conjonctif tumoral possède, lui aussi, cette faculté de pouvoir se transformer. Et c'est ce qui explique que nous puissions trouver, à côté des tumeurs formées d'un seul tissu homogène (fibromes, lipomes, myxomes ou sarcomes), d'autres tumeurs au sein desquelles l'anarchie semble régner, lipomateuses en un point, fibreuses ailleurs, avec parfois des éléments de malignité. Le tissu cartilagineux et le tissu osseux, eux-mêmes d'origine conjonctive, peuvent être rencontrés dans une tumeur ne présentant aucune relation avec le squelette, et sans qu'il y ait de tissu osseux préexistant.

« Dès lors, nous concevons combien une biopsie peut être trompeuse pour établir le diagnostic anatomo-pathologique; suivant qu'elle aura porté sur telle ou telle partie néoplasique, elle donnera des réponses différentes. Seuls, une « biopsie élargie », un prélèvement total de la tumeur, permettront un diagnostic complet comportant la distinction entre un conjonctivome bénin et un conjonctivome malin, la zone maligne pouvant ne constituer qu'une infime partie de la masse tumorale. » (Jouandon, thèse de Bordeaux, 1936.)

Nous concevons également les difficultés qui se présenteront à nous lorsque nous chercherons à déterminer l'origine, le point de départ précis d'une telle tumeur, constituée par des tissus multiples, si la masse néoplasique a déjà envahi plusieurs organes voisins tels que muscle, gaine vasculaire, tissu cellulaire sous-cutané, etc.

Nous ne pourrons nous baser sur la présence, ni même sur la prédominance de tel ou tel tissu. La question restera à peu près insoluble; nous ne serons donc pas surpris que des tumeurs tout à fait analogues aient pu donner lieu aux théories pathogéniques les plus diverses.

Rappel anatomique de la région carotidienne.

La région carotidienne ou sterno-mastoïdienne est située à la partie latérale du cou entre la région sus-claviculaire, qui est en arrière, et les trois régions parotidienne, sus-hyoïdienne et sous-hyoïdienne, qui sont en avant. Ses limites sont celles du sterno-cléido-mastoïdien. Elle renferme le paquet vasculo-nerveux du cou (carotides, jugulaire et pneumogastrique). Celui-ci est situé au sein d'une masse cellulo-adipeuse (qui forme, en quelque sorte, la gaine des vaisseaux carotidiens) dans une loge prismatique triangulaire, la loge ou gouttière carotidienne, délimitée par trois parois :

a) une paroi antéro-externe formée par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le sterno-cléido-mastoïdien engainé par l'aponévrose cervicale superficielle, l'omo-hyoïdien et l'aponévrose cervicale moyenne;

b) une paroi postérieure formée par les muscles prévertébraux et les scalènes;

c) une paroi interne constituée par les faces latérales des conduits laryngo-trachéal et pharyngo-œsophagien et du corps thyroïde.

La loge carotidienne n'est pas close : elle communique avec la région sus-hyoïdienne en dedans, l'espace maxillo-pharyngien en haut, le médiastin et le creux sus-claviculaire en bas.

C'est au milieu du tissu conjonctif cellulo-adipeux de la loge carotidienne que se développent les énormes tumeurs que nous étudions.

Etude macroscopique.

Les fibromes malins de la région carotidienne sont des tumeurs uniques. Au début, leur forme est assez régulièrement sphérique; elle est comparée à une bille ou à une noix. Plus tard, elle devient ovoïde, piriforme, avec ou sans pédicule. Le volume est variable avec les cas et avec le moment

de l'évolution. Il peut atteindre celui d'une tête d'enfant et même d'une tête d'adulte. Le poids varie de quelques centaines de grammes à plusieurs kilos. La consistance est ferme, résistante, dure avec parfois des points plus mous, mais rarement fluctuants.

A la coupe. — La tumeur présente une coloration blanchâtre, quelquefois un peu jaunâtre. Elle crie sous le couteau dans ses zones purement fibreuses; certaines de ces tumeurs sont incrustées de matières calcaires ou même ossifiées en partie. Par contre, elles peuvent présenter des zones importantes de tissus moins résistants, que l'on peut reconnaître pour du tissu lipomateux ou myxoïde. La tumeur de Hoffmeister présentait une poche kystique contenant un liquide séro-purulent.

Connexions. — La tumeur présente presque toujours une capsule d'enveloppe qui l'isole des organes voisins. Mais souvent celle-ci est incomplète. Dans nos observations I et IV, la tumeur s'infiltrait dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Presque toujours, les vaisseaux et les nerfs sont déplacés, écartés, aplatis même par compression; presque jamais ils ne sont englobés ni envahis secondairement.

Souvent ces tumeurs sont pédiculées et contractent par l'intermédiaire de leur pédicule des rapports de continuité soit avec un os, soit avec une aponévrose, soit avec un nerf, soit même avec la dure-mère à travers un trou de conjugaison.

Histologie pathologique.

L'étude microscopique de la tumeur a été longuement exposée dans notre observation I. Rappelons qu'elle contenait des tissus multiples : tissu conjonctif fibreux, tissu adipeux, tissu adipeux jeune, tissu musculaire, tissu myxoïde, tissu xanthomatoïde. Tous les tissus d'origine conjonctive peuvent être représentés dans ces tumeurs, y compris le tissu cartilagineux et le tissu osseux.

Nous insisterons surtout sur les caractères microscopiques de malignité, tels que la présence de cellules jeunes, de fibres de précollagènes groupées en faisceaux; la tendance à l'infiltration des tissus voisins, en particulier des fibres musculaires, qui, dans notre cas, étaient même transformées en plasmodes par endroits. Dans d'autres cas, nous trouverons des aspects de sarcome; l'aspect de myxome serait également, d'après Rafin, d'un mauvais pronostic.

Insistons encore sur la nécessité de rechercher les caractères de malignité sur plusieurs fragments de la tumeur; la zone maligne peut être très localisée, mais elle existe presque toujours dans les examens complets de ces tumeurs.

Pathogénie.

Les tumeurs que nous étudions prennent naissance du tissu conjonctif; mais lorsque nous cherchons à établir leur point de départ précis, nous nous heurtons à des difficultés souvent considérables, que nous avons déjà entrevues en étudiant les généralités sur les tumeurs conjonctives.

Pour résoudre le problème, nous pouvons d'abord essayer de nous baser sur les connexions macroscopiques de la masse néoplasique; nous trouvons :

a) des connexions squelettiques, avec l'os, le périoste des apophyses transverses des vertèbres cervicales le plus souvent; l'insertion à ce niveau se fait habituellement par un ou même plusieurs pédicules;

b) des connexions aponévrotiques, avec les différentes aponévroses qui abondent dans la région carotidienne; citons aussi les adhérences avec les ligaments articulaires;

c) des connexions dure-mériennes, au moyen d'un pédicule passant par un trou de conjugaison;

d) des connexions vasculaires et nerveuses, la tumeur adhérant au tissu fibreux de la gaine du vaisseau ou du nerf;

e) des connexions musculaires; la tumeur, pénétrant dans le tissu musculaire lui-même, paraît avoir pris naissance aux dépens de sa charpente conjonctive.

Le périoste, les aponévroses et ligaments articulaires, la dure-mère, les gaines vasculaires et nerveuses, le tissu conjonctif intramusculaire, ont été considérés comme autant d'origines aux fibromes malins du cou. (Voir thèse de Mousnier, Paris, 1906.) Mais une première difficulté vient de ce qu'il existe des tumeurs dites « essentielles » ne présentant aucune connexion, aucun pédicule. Freeman attribuait à ces tumeurs une origine branchiale; cette idée, rejetée par de Quervain, est reprise par Mousnier.

Par contre, d'autres tumeurs présentent à la fois plusieurs des connexions exposées ci-dessus, soit qu'elles aient plusieurs pédicules à insertion vertébrale, soit qu'elles s'infiltrent dans un muscle, adhèrent à une aponévrose et à la gaine vasculaire. Dans ce cas, il faudrait admettre que l'une des connexions est primitive, toutes les autres étant secondaires. Mais nous ne connaissons pas le moyen de distinguer anatomiquement une connexion primitive d'une connexion secondaire.

L'examen microscopique lui-même, dans la majorité des cas, ne fournira pas de données décisives, car les éléments prépondérants de la tumeur peuvent être d'origine secondaire.

Dans notre observation I, nous trouvons au niveau du muscle un aspect histologique correspondant au « fibrome primitif musculaire dissociant de Régaud, à évolution maligne »; il y a là une « dissociation parfaite du tissu musculaire, dont chaque fibre est isolée de ses voisines par un anneau de tissu néoformé ».

Conclurons-nous que notre tumeur a pris naissance dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien ? Mais plus loin, elle a une structure toute différente; elle s'étend jusqu'au plan profond et présente même un pédicule qui s'engage dans un trou de conjugaison. Le gros de la tumeur est situé dans

la loge carotidienne : c'est là qu'elle semble avoir pris naissance aux dépens du tissu conjonctif de la gaine des vaisseaux carotidiens. L'envahissement du muscle, la formation du pédicule, se seraient donc produits secondairement, au cours de l'évolution de la tumeur. A plus forte raison devons-nous considérer comme nées de la gaine des vaisseaux carotidiens les tumeurs dites « essentielles », ne présentant pas de connexions, lorsqu'elles siègent en pleine loge carotidienne. Il s'agit là, en somme, de véritables conjonctivomes de la gaine des vaisseaux carotidiens. Ces tumeurs présentent une structure un peu différente de celle des conjonctivomes des gaines vasculaires des membres : le tissu fibreux est l'élément qui domine. Mais ce n'est là qu'un caractère local, peu important au point de vue de la pathogénie; nous savons, en effet, et c'est là l'essentiel, que nos tumeurs sont d'origine conjonctive, et nous connaissons bien les facultés de transformation du tissu conjonctif tumoral.

ETUDE CLINIQUE

Etiologie.

Les fibromes malins de la région carotidienne sont des tumeurs rares. Elles apparaissent parfois chez l'enfant, le plus souvent chez l'adulte jeune, exceptionnellement chez le vieillard, presque toujours chez le sexe féminin. Le traumatisme peut exercer un rôle vaguement prédisposant. Dans deux observations (I et III), nous avons noté des antécédents de rhumatisme articulaire aigu. Chez notre malade de l'observation I, la réaction de Wassermann était positive, mais un traitement spécifique sérieux n'a donné aucun résultat.

Symptômes.

I. Début. — La tumeur peut passer longtemps inaperçue. Elle est indolente et évolue insidieusement. C'est par hasard, ou à l'occasion d'un examen fortuit, qu'est révélée la présence d'une tumeur petite, atteignant le volume d'une noix ou d'un œuf de poule. Sa consistance est élastique, rénitente; sa mobilité est encore entière dans les positions de relâchement. Les contractions musculaires la fixent partiellement. Les téguments sont indemnes, souples et mobiles.

II. Période d'état. — La tumeur augmente progressivement de volume; parfois on assiste brusquement et sans cause apparente à un accroissement rapide. Elle devient gênante et inquiète le malade soit du fait de son volume, soit par les accidents de compression qu'elle détermine sur les organes voisins.

A la palpation, il est facile de constater que la tumeur est profonde, recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien; il suffit pour cela de faire contracter ce muscle. Sa consistance est ferme et élastique, parfois franchement dure; on trouve exceptionnellement des points limités de ramollissement. La forme est régulière, lisse par suite de la présence d'une capsule, ovoïde, piriforme ou lobulée. Le volume augmente toujours; il peut atteindre celui d'une tête d'enfant ou même d'une tête d'adulte.

La mobilité est maintenant très réduite; elle n'existe que dans le sens transversal. La tumeur adhère assez intimement aux plans sous-jacents, dont on parvient difficilement à l'éloigner; mais la peau reste libre, mobile et glisse facilement au-dessus d'elle. La fixité de la tumeur est en grande partie due à ses connexions plus ou moins étroites avec les masses musculaires qui la brident et l'entourent. Il est délicat de préciser ces relations entre muscle et tumeur; on se basera néanmoins sur ce que les contractions musculaires ne l'immobilisent que partiellement pour dire qu'elle reste indépendante. Les muscles peuvent être envahis, englobés, par la tumeur. Il en est ainsi pour le muscle sterno-cléido-mastoïdien dans nos observations I et IV.

III. Période des complications. — Si la tumeur n'est pas opérée, des troubles fonctionnels apparaissent : douleurs et phénomènes de compression :

a) Les douleurs sont ou bien des douleurs locales, siégeant dans la tumeur, très rares; ou bien des douleurs irradiées, plus fréquentes. Les irradiations ont lieu soit dans la tête, soit dans les membres.

b) La compression peut s'exercer sur les vaisseaux et nerfs, sur la trachée et l'œsophage, sur la moelle.

Les veines se laissent comprimer à un stade avancé : on note de l'œdème, de la circulation veineuse collatérale.

La compression du nerf facial peut se déceler par une légère déviation de la bouche et des traits; celle du grand

sympathique par le myosis, le ptosis, la pâleur d'un côté de la face.

La compression de la moelle par les tumeurs dure-mériennes (Bœrner, Zinn et Kock) se manifeste par des troubles de la motilité (paralysie), de la sensibilité (anesthésie, thermo-anesthésie), des réflexes (exagération), de la trophicité et des sphincters (incontinence).

Evolution et pronostic.

Les douleurs et les phénomènes de compression, que nous venons d'étudier, l'accroissement rapide et la diffusion de la tumeur, traduisent cliniquement sa malignité. Non opérée, elle évolue vers la mort. Toutefois, l'état général reste longtemps bon, les ganglions ne sont pas atteints, il ne se produit pas de métastase. La tumeur paraît d'autant moins méchante que le tissu fibreux y est plus abondant. Les tumeurs à prédominance de tissu lipomateux (observation de M. G. Jeanneney), celles surtout qui renferment des cellules jeunes, des éléments sarcomateux abondants, celles qui, à la palpation, présentent des points ramollis, évoluent rapidement et ont tendance à la récidive locale après extirpation.

Diagnostic.

A. — Diagnostic positif.

Les fibromes malins de la région carotidienne sont des tumeurs uniques, de consistance plus ou moins uniforme, en général dure, avec parfois des points ramollis, faisant une saillie au contact des gros vaisseaux, dans la région latérale du cou, sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui est parfois envahi. Ces tumeurs sont profondes, souvent mal limitées, mais la peau est libre et glisse facilement au-dessus d'elles.

B. — Diagnostic différentiel.

Nous ne pouvons entreprendre ici une étude complète des tumeurs du cou, cela nous entraînerait trop loin; nous nous contenterons donc de signaler les principales erreurs qu'il convient d'éviter.

Et tout d'abord, il est indispensable de connaître le siège de la tumeur par rapport au sterno-cléido-mastoïdien; pour cela il suffit de faire contracter ce muscle. En dehors de lui, il n'y a que des tumeurs banales : kystes sébacés, lipomes superficiels. Dans l'épaisseur du muscle, il faut discuter l'éventualité de l'hématome du cou (ruptures musculaires interstitielles), et celle de la gomme, de la myosite scléro-gommeuse syphilitique.

La néoformation étant reconnue profonde, rappelons-nous que pour notre malade (obs. I), il a été prononcé les mots de schwannome et de sympathome. Ce sont, en effet, des tumeurs qui peuvent présenter une certaine analogie clinique avec le fibrome malin. Les tumeurs d'origine nerveuse (neuromes, neuro-fibromes et neurinomes ou schwannomes), presque toujours bénignes, sont généralement de forme régulière, arrondie ou ovoïde, encapsulées, de consistance ferme; leur surface est lisse. Mais elles s'accompagnent précocement de troubles sensitifs (névralgies) et moteurs (paralysies partielles ou contracture); leur palpation est douloureuse.

Notons ici que ces schwannomes du cou peuvent avoir une forme en bissac, présentant une masse cervicale et une masse intrarachidienne, reliées l'une à l'autre par un isthme qui passe à travers un trou de conjugaison. Ces tumeurs sont maintenant assez bien connues : Leriche en cite deux cas (*Lyon chirurgical*, 22 mars 1934, p. 697-703). Cela nous conduit à nous demander si les tumeurs décrites autrefois comme fibromes d'origine dure-mérienne par Bœrner, Zinn et Kock (1903) n'étaient pas en réalité des neurinomes. Les troubles de compression médullaire observés dans ces der-

nières tumeurs peuvent faire penser à la sclérose latérale amyotrophique ou même à la syringomyélie.

Quant au sympathome cervical, c'est une tumeur extrêmement rare, « jamais diagnostiquée avant l'intervention » (Dobrzaniecki et Stankiewicz); tumeur encapsulée, bénigne en elle-même, siégeant sur la chaîne sympathique. Il existe une forme cervico-thoracique, moins exceptionnelle, qui peut se compliquer de phénomènes de compression et de déplacement de la trachée avec cyanose et dyspnée, syndrome de Claude Bernard-Horner.

Il existe des tumeurs de la gaine des vaisseaux carotidiens, qui, tout en étant de nature très différente des tumeurs que nous étudions, donnent cependant un tableau clinique identique, sauf toutefois en ce qui concerne leur volume, qui reste toujours de dimensions moyennes. Parmi ces tumeurs, nous trouvons le sarcome et l'angio-endothéliome de la gaine des vaisseaux carotidiens, décrits tout récemment par Lenormant, Moulonguet, d'Allaines et Ménégaux (avril 1937) et M. le Professeur Sabrazès (juillet 1937). Ces tumeurs infiltrent le paquet vasculo-nerveux et ne s'en laissent pas cliver. Il en est de même pour le lymphangio-endothéliome décrit par Travaglini (1932), tumeur « dont le point de départ est au niveau du stratus séreux de la gaine vasculaire, avec invasion ultérieure des ganglions lymphatiques satellites de la veine et invasion endovasale ».

Parmi les tumeurs d'origine ganglionnaire qui peuvent être confondues avec le fibrome malin de la région carotidienne, citons :

a) les tumeurs malignes secondaires des ganglions lymphatiques, dont on trouvera l'origine dans la cavité bucco-pharyngée ou le nez; elles surviennent chez des sujets âgés, s'accompagnent d'amaigrissement, de cachexie;

b) le lymphadénome et le sarcome ganglionnaire, dont le diagnostic se fait sur l'étude de la formule sanguine, la présence de gros ganglions axillaires et inguinaux, la décou-

verte d'une masse séparée qui vient ensuite se fusionner avec la tumeur initiale;

c) l'adénite tuberculeuse, affection du jeune âge, souvent bilatérale; la tumeur est irrégulière et formée de plusieurs ganglions mobiles; — et le lymphome tuberculeux, affection bacillaire qui simule le lymphadénome.

L'épithélioma branchial siège au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, en dedans du paquet vasculo-nerveux du cou. D'après Veau, le diagnostic d'épithélioma branchial est probable quand on est en présence d'une tumeur maligne de la région carotidienne ayant tous les caractères d'un cancer secondaire des ganglions et qu'on ne peut trouver le néoplasme primitif.

Les lipomes profonds du cou sont des tumeurs lobulées, présentant à la palpation des parties fluctuantes et d'autres parties simplement molles; ils sont soit diffus, soit encapsulés.

Les tumeurs de la glande carotidienne (Reclus et Chevassu) sont des tumeurs à développement lent, ovoïdes et lisses, de consistance molle et élastique, mobiles dans le sens transversal, fixes dans le sens vertical; on y perçoit souvent des battements et un souffle. Ces tumeurs, habituellement bénignes, n'occasionnent aucun trouble fonctionnel.

Enfin, nous ne ferons que citer, parmi les autres tumeurs de la région carotidienne : les anévrismes, les abcès, les angiomes, les kystes dermoïdes, les kystes hydatiques musculaires, etc.

TRAITEMENT

Nous savons que les fibromes malins de la région carotidienne abandonnés à eux-mêmes augmentent constamment de volume et se compliquent de phénomènes de compression qui finissent par entraîner la mort du malade. Il n'existe aucun traitement médical efficace. C'est à la chirurgie que l'on doit avoir recours, et la seule méthode à leur opposer est l'extirpation. Celle-ci doit être précoce : il faut opérer au début, sans attendre les phénomènes de compression. Elle doit être totale : s'il existe un pédicule, il faut le détacher et même ruginer le périoste à sa base d'implantation; le tissu musculaire envahi doit être extirpé avec la tumeur.

L'opération est facile pour les fibromes de petites dimensions, bien limités, sans signes de malignité : on doit alors éviter les larges interventions et les lésions des parties voisines. Il convient aussi de pratiquer l'incision cutanée de façon qu'elle soit le moins gênante et le moins visible possible.

Mais lorsqu'on a affaire à une tumeur volumineuse présentant des signes de malignité, il importe surtout de pratiquer une extirpation complète : ici toute considération d'esthétique passe à l'arrière-plan devant la nécessité d'obtenir les meilleures conditions de guérison radicale.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes malins de la région carotidienne sont des tumeurs rares. On les rencontre plus fréquemment chez la femme, dans la jeunesse ou à l'âge adulte. Le traumatisme et l'infection jouent un rôle obscur dans leur étiologie.

II. — Au point de vue anatomo-pathologique, on trouve dans ces tumeurs, à côté du tissu conjonctif fibreux, qui en forme la majeure partie, tous les tissus d'origine conjonctive : tissus lipomateux, myxomateux, sarcomateux et même exceptionnellement tissus cartilagineux et osseux.

L'examen anatomo-pathologique doit porter sur la totalité de la pièce opératoire afin de déceler les divers tissus qu'elle renferme et de reconnaître ses caractères de malignité qui sont représentés :

a) *macroscopiquement*, par la diffusion de la tumeur, souvent incomplètement encapsulée, et par son aspect souvent hétérogène;

b) *microscopiquement*, par la présence de cellules jeunes et parfois d'éléments sarcomateux; par la tendance à l'infiltration des tissus voisins.

Ces tumeurs sont des *conjonctivomes malins* à prédominance de tissu fibreux.

III. — Au point de vue de leur pathogénie, les fibromes malins de la région carotidienne sont caractérisés par leur origine conjonctive. On leur attribue comme point de départ : le périoste, les aponévroses, les ligaments articulaires, la dure-mère, la charpente conjonctive des muscles. Le tissu conjonctif de la gaine des vaisseaux carotidiens nous paraît être un point de départ fréquent de ces tumeurs, qui présentent une certaine analogie avec les conjonctivomes des gaines vasculaires des membres.

IV. — Au point de vue clinique, ce sont des tumeurs de la région carotidienne qui naissent et s'accroissent dans la loge du paquet vasculo-nerveux du cou, envahissant parfois le sterno-cléido-mastoïdien et gagnant aussi en profondeur.

Les tumeurs d'origine nerveuse ou sympathique, ainsi que les autres types de tumeur primitive de la gaine des vaisseaux carotidiens (sarcome, angio-endothéliome, lymphangio-endothéliome) sont particulièrement difficiles à différencier cliniquement des fibromes malins de la région carotidienne.

V. — Le pronostic est fatal lorsque la tumeur n'est pas opérée.

Il est relativement bon lorsque l'extirpation est correctement pratiquée; les tumeurs ont une évolution d'autant plus rapide et ont d'autant plus tendance à la récidive locale après extirpation qu'elles sont moins fibreuses et plus riches en cellules jeunes.

VI. — L'extirpation constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé. Elle doit être précoce et totale : pratiquée dans ces conditions, elle permettra souvent de sauver le malade, la paroi des vaisseaux n'étant généralement pas envahie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 novembre 1937,

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Allaines (d'), Contiades et Naulleau. — Angio-endothéliome développé dans la gouttière des vaisseaux huméraux. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1935, p. 1134.

Athinson. — Fibrome du cou. *Med. and phys. Journ.*, 1813, XXX, p. 353.

Auvray. — Volumineux fibrome du creux poplité. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1934, p. 1236.

Bérard et Colson. — Volumineux fibrome de la région cervicale. *Lyon chirurgical*, t. 32, 1935, p. 113.

Bœrner. — Fibromes du cou dans leurs rapports avec la moelle épinière. *Semaine médicale*, n° 10, mars 1903, p. 39.

Bolognesi. — Sur les tumeurs primitives des tuniques des gaines vasculaires. *Les néoplasmes*, juill.-août 1928.

Castiglioni. — Contributo allo studio dei tumori primitivi della gaine vascolari e nervose. *Atti Soc. Lomb. Scienze Mediche e Biologiche*, f. 4, 1914.

Dobrezaniecki et Stankiewicz. — Tumeur du cou de provenance sympathique. *Journal de chirurgie*, t. 48, 1936, p. 748.

Duplay, Rochard et Stern. — Diagnostic chirurgical. Doin, édit., 1928.

Fabian. — Fibrome profond du cou. *Beiträge zur Klin. Chir.*, t. 75, 1911, p. 525; *Journ. de chir.*, t. 7, 1911, p. 704.

Forget. — Tumeur fibreuse prenant naissance sur la carotide. *Bull. et Mém. Soc. impér. de chir.*, 2e série, t. X, 1869.

Freeman. — Sur les fibromes récurrents du cou et leurs relations avec les arcs branchiaux. *Brit. Med. Journ.*, juin 1844, p. 1083.

Fruchaud. — Les conjonctivomes de la gaine fémoro-poplitée. *Revue de chirurgie*, 1931, p. 454.

Gilberti. — Sulla genesi flogestica di un tumore fibroso del collo. *Policlin.*, Roma, 1918, Ser. Chir., 1-6.

Glynn. — Fibro-sarcoma of neck. *M. J. Australia*, 10 oct. 1931.

Goux. — Schwannomes des nerfs périphériques. Thèse Bordeaux, 1930.

Guyodo. — Etude du fibrome pur des muscles striés. Thèse Paris, 1937.

Guyon. — Etude sur les fibromes intra-pariétaux. *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1877, t. VI, n° 21, p. 546.

Guyot. — Sur un volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Cliniques chirurg. de l'Hôpital Saint-André*, 1936.

Hoffmeister. — Sur un fibrome du cou. *Zentralb. für Chir.*, t. 62, 10 août 1935, p. 1888, et *Journ. de chir.*, t. 47, 1936, p. 280.

Jeanneney. — Fibro-lipome du cou de 6 kilogrammes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bordeaux*, avril 1932, p. 103.

Jouandon. — Conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoraux. Thèse Bordeaux, 1936.

Kopyloff. — Fibrome du cou. *Chirourguia*, mars 1909, n° 147, p. 229; *Journ. de chir.*, 1909, t. II, p. 518.

Langenbeck. — Beitrage zur chirurgischen pathologie der Venen. *Archive f. Klinische Chirurgie*, 1860, t. I.

Lecène. — Sarcome de la gaine des vaisseaux carotidiens. *Soc. anat.*, oct. 1905, p. 746.

Lenormant, Moulonguet, d'Allaines et Ménégaux. — Angio-endothéliome de la gaine des vaisseaux. *Annales d'anat. path.*, avril 1937, p. 259.

Leriche. — Deux cas de schwannome extra-dural en bissac, extra et intra-rachidien. *Lyon chirurgical*, t. 31, 1934, p. 697.

Mayo et Barber. — Neurofibrome du cou. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 59, oct. 1934, p. 671.

Mousnier. — Fibro-sarcomes extra-pharyngiens du cou. Thèse Paris, 1906.

Nové-Josserand. — Les tumeurs conjonctives des muscles striés et le fibrome dissociant à évolution maligne en particulier. Thèse Lyon, 1895.

Parcelier et Chenut. — Deux cas de tumeurs conjonctives de la cuisse. *Bordeaux chirurgical*, 1932.

Pollosson (E.). — Les tumeurs des parties molles des membres et de la gaine des vaisseaux en particulier. Thèse Lyon, 1925.

Quervain (de). — Ueber die fibrome des Halses. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1899.

— Traité de diagnostic chirurgical, 1919, Atar et Maloine, édit.

Raffin. — Lipomes du cou. Thèse Bordeaux, 1929.

Rafin. — Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres. Thèse Lyon, 1885.

Régaud. — Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. *Arch. de méd. expérimentale*, 1896.

Sabrazès. — *Gaz. hebd. sciences méd. de Bordeaux*, 4 juill. 1937.

Schwartz et Chevrier. — Les lipomes ostéo-périostiques. *Revue de chirurg.*, 1905, p. 132 et 286; 1906, p. 76, 260 et 469.

Thomson. — Une tumeur du cou. *Brit. Méd. Journ.*, févr. 1921, p. 192.

Torraca. — Fibromes profonds du cou. *La Riforma Medica* (Naples), n° 25, 10 juill. 1922; *Journ. de chir.*, t. 21, 1923, p. 208.

Travaglini. — Sulle néoplasie primitive della gaine vascolare del fascio giugulo-carotideo (Contributo clinico-istologico). *La Riforma Medica*, n° 12, 29 mars 1932, p. 431.

Zinn et Kock. — Fibrom des VII cervicalnerven mit compression des Rückenmarks. *Charité Annalen*, p. 117-128; *in* Mousnier, thèse Paris, 1906.

20.502. — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. —1937